



**КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ
РЕГИОНАРНОЙ АНТИБИОТЕРАПИИ И ФИЗИОТЕРАПИИ
ПРИ ОДОНТОГЕННОМ ВОСПАЛЕНИИ ПОЛОСТИ
ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ**

ШАМАТОВ ИСЛАМ ЯКУБОВИЧ

Самаркандский государственный медицинский институт,
Самарканд, Узбекистан.

БОЛТАЕВ АНВАР ИСМАИЛОВИЧ

Самаркандский государственный медицинский институт,
Самарканд, Узбекистан.

ШОПУЛОТОВА ЗАРИНА АБДУМУМИНОВНА

Самаркандский государственный медицинский институт,
Самарканд, Узбекистан.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7731392>

Резюме: Представлены результаты лечения 52 больных с воспалением одонтогенного генеза верхнечелюстной полости. В комплексном лечении 32 больных основной группы наряду с низкочастотным ультразвуком местно применяли остеотропный антибиотик - линкомицин. У 20 больных одонтогенным гайморитом контрольной группы в качестве общепринятого лечения использовали метод парентерального введения антибиотиков в сочетании с низкочастотным ультразвуком. Анализ результатов лечения показал, что предложенный способ оказался более эффективным по сравнению с контрольной группой. Об эффективности лечения свидетельствовало сокращение сроков лечения - 6-7 дней в основной группе и 8-9 дней в контрольной группе. Несколько раньше наблюдалось уменьшение местной отечности тканей, нормализация температуры тела.

Ключевые слова: Одонтогенное воспаление челюстно-лицевой пазухи, регионарная антибактериальная терапия, низкочастотное ультразвуковое исследование, дренирование пазухи.

Актуальность. Воспаление одонтогенного генеза полости верхней челюсти является одной из наиболее частых патологий в практике ринологов, по статистике на его долю приходится 26-40% синуситов различной этиологии [3,6]. Острое течение заболевания, его частые осложнения, рецидивы во многих случаях определяют актуальность данной патологии в оториноларингологии. В большинстве случаев причиной развития гайморита являются острые или хронические одонтогенные процессы, некачественное лечение пульпита, неправильная установка имплантов, кисты зубов верхней челюсти и др. При использовании стоматологических штифтов можно наблюдать значительный рост заболеваемости одонтогенными синуситами [1,2,4].

Лечение воспалений одонтогенного генеза верхнечелюстной полости включает традиционные методы лечения, предложенные в прошлом веке, преимущественно энтеральные и парентеральные антибиотики. Этот метод дал положительные результаты. Однако был выявлен и ряд недостатков, таких как нарушение микрофлоры кишечника, аллергические реакции, появление резистентных штаммов возбудителей. [5,7,9].

На сегодняшний день эффективное лечение гнойных процессов в полости верхней челюсти требует разработки методов, позволяющих свести к минимуму лекарственную нагрузку на организм, широко использовать физические методы и непосредственно воздействовать на очаг воспаления малым количеством препаратов.

Цель работы. Повышение эффективности лечения одонтогенного гайморита за счет комплексного местного применения низкочастотного ультразвука и остеотропного антибиотика - линкомицина.

Материалы и методы исследования.

С 2019 по 2022 г. в обследование включено 52 пациента, находившихся на лечении с диагнозом одонтогенное воспаление полости верхней челюсти в ЛОР-отделении клиники СамМИ. Возраст больных колебался от 16 до 55 лет. Женщин 33 (64%), мужчин 19 (36%).

Эмпирическое парентеральное введение цефалоспоринов и низкочастотное ультразвуковое воздействие на область верхней челюсти у пациентов контрольной группы в комплексном лечении одонтогенного гайморита в период 2019-2022 гг. Дополнительно выполняли анемизацию полости носа и промывание и дренирование пораженной полости, а также санацию очага одонтогенной инфекции. В контрольной группе таких больных было 24 (45,2%).

В течение 2019-2022 гг. больным основной группы проводилось эмпирическое местное лечение антибиотиком линкомицином, форма выпуска 300 мг/мл - раствор для инъекций. Антибиотик вводили под надкостницу по переходной складке 7-го зуба верхней челюсти.. Сначала мягкие ткани ее инфильтровали 2% раствором лидокаина. Курс лечения состоял из 3-5 инъекций 1 раз в сутки. Затем, как и в контрольной группе, чрескожно воздействовали низкочастотным ультразвуком на область верхней челюсти. Антибиотики парентерально в этой группе не вводили. Очаг одонтогенной инфекции также был санирован. Предложенным способом лечили 23 (54,8%) больных, составивших основную группу.

При воздействии низкочастотного ультразвука использовалась его частота 44 кГц. Использование низкочастотного ультразвука (44 кГц) в качестве физиотерапевтической процедуры в комплексном лечении одонтогенного гайморита обусловлено его высокой проникающей способностью в ткани. В то же время низкочастотный ультразвук приводит к непосредственному повышению эффективности лечения за счет того, что он не только оказывает отражающее действие через воздух, но и непосредственно воздействует на патологически измененные ткани полости носа. Доказано, что низкочастотный ультразвук оказывает противомикробное, микроциркуляторное, противовоспалительное, усиливающее диффузию антибиотиков, повышающее неспецифическую резистентность организма, иммуностимулирующее действие. [3,8].

Следует отметить, что в обеих группах патологическое отделение в полости очищалось безпункционным методом. При этом все больные получали курсы лечения у стоматолога до полного купирования гнойного процесса в зубах.

Эффективность лечения оценивали путем локального осмотра, в котором учитывались болевые ощущения, припухлость и припухлость, наличие патологических выделений в носовых ходах, а также результаты клинических анализов. При необходимости

проводят рентгенологическое и КТ-обследование. Всем пациентам было проведено ортопантомографическое исследование в соответствии с указаниями стоматолога.

Помимо вышеперечисленного, для оценки эффективности лечения также проводились функциональные пробы ЛОР-органов: преактивная ринопневмометрия (в начале и конце курса лечения), ольфактометрия (в начале и конце курса лечения).), шкала баллов тяжести симптомов (в начале и конце курса лечения), шкала баллов эффективности лечения (в начале и конце курса лечения). Известно, что при воспалительных заболеваниях носа и околоносовых полостей, в том числе при одонтогенных синуситах, нарушается ряд физиологических функций органа. После курса лечения в каждой группе больных важно, в какой степени и как долго восстанавливаются физиологические функции.

С целью определения этиологического фактора был проведен бактериологический анализ. В зависимости от результатов бактериологического анализа, при необходимости с учетом чувствительности курс антибактериальной терапии был продолжен.

Результаты и их анализ. Послелечебные осмотры больных контрольной группы показали, что исчезновение отека и припухлости слизистой оболочки в среднем составило $8,3 \pm 1,2$ дня. В основной группе этот показатель составил $6,1 \pm 0,9$. Потеря болевых ощущений составила $5,5 \pm 1,5$ дня и $3,1 \pm 1,1$ дня в контрольной и основной группах соответственно.

Исчезновение патологических выделений наблюдалось у больных основной группы в более ранние сроки по сравнению с контрольной группой ($5,1 \pm 1,4$ и $8,2 \pm 1,1$ соответственно).

Анализ показателей лейкоцитоза и ЭСТ показал, что $10,1 \pm 1,7$ дня в основной группе больных и $14,5 \pm 1,5$ дня в контрольной группе.

Эффективность лечебного курса анализировали в зависимости от продолжительности пребывания больного в стационаре. Результаты лечения оценивались следующим образом: 1 балл - неэффективно, 2 балла - удовлетворительный эффект, 3 балла - положительный эффект. Анализ показал, что положительный эффект отмечен у 21 (91,3%) пациента основной группы и у 13 (68,2%) контрольной группы.

Выводы. Исследования показали, что при комплексном лечении воспаления полости верхней челюсти одонтогенного генеза местное применение остеотропного антибиотика - линкомицина с низкочастотным ультразвуком, более раннее исчезновение отека и болей по сравнению с больными контрольной группы, нормализация показателей клинического анализа в в некоторые ранние сроки быстрое восстановление физиологических функций носа приводило к выздоровлению и свидетельствовало о повышении эффективности лечения.

Используемая литература.:

1.Арефьева Н.А. , Совелева Е.Е., Азнабаева Л.Ф., Кильсенбаева Ф.А.. Эффективность применения амоксициллина клавуланата и беталаейкина при лечении хронического нойного рецидивирующего синусита. Русская ринология.- 2002.- №2. С. 124-125.

- 2.Артюшкевич А.С. Одонтогенный синусит. Причины возникновения, особенности лечения. Современная стоматология - 2019. - №4. - стр 10-12.
- 3.Богомильский М.Р., Тарасов А.А. Антимикробная терапия острого и хронического синусита. Клиническая антимикробная химиотерапия. М., 2000. №2. С. 63-67.
- 4.Галотерапия и комплексное безпункционное лечение больных со стрым гонимым гиоритом. Журнал оториноларингологии. 2003. № 4. С42-44
- 5.Державина Л.Л. Морфо-физиологическое особенности полосы носа норма и при не функциональных нарушениях по данным методов предедной активной ринопневмометрии акустической ринометрии. Абстрактный. Диссертация кандидата медицинских наук. Ярославль, 2008- 26с
- 6.Жартыбаев Р.Н., Сметов Г.Г. Современные методы диагностики одонтогенного синусита. Междисциплинарный подход к лечению. Вестник КазНМУ. 2016. № 4. С. 173-177
- 7.Исламов Ш. Э. и др. Дефекты оказания медицинской помощи в практике оториноларингологии //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 4 (58). – С. 50-53.
- 8.Ибрагимов Ш. Р., Шаматов И. Я., Исламов Ш. Э. Особенности повреждений челюстей //Вопросы науки и образования. – 2020. – №. 30 (114). – С. 36-44.
- 9.Кошель В.И. Перфорация верхнечелюстного синуса при удалении зуба: хирургические аспекты и использование биоматериалов / В.И.Кошель, С.В.Сирак, Е.В.щетинин, 39 И.В.Кошель, Е.А.Дыгов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 3-4. - С. 630-633
- 10.Акционер В.С. Низкостотный ультразвуковой эффект на организм, терапевтическое применение и перспективные исследования В.С. Поделиться. Вопр. Курортологии, физиотерапии, лечебной физкультуры. 200, №6
- 11.Насретдинова М. Т. и др. Эффективность некоторых методов лечения больных с полипозным риносинуситом //междисциплинарный подход по заболеваниям органов головы и шеи. – С. 273.
- 12.Шаматов И. и др. ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПОЛОСТИ НОСА И ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ //Журнал вестник врача. – 2021. – Т. 1. – №. 2 (99). – С. 113-115.
- 13.Шаматов И. Я. и др. Эндоскопическая диагностика и лечение деформации носовой перегородки и гипертрофии нижних носовых раковин //International Scientific and Practical Conference World science. – ROST, 2017. – Т. 5. – №. 5. – С. 61-63.
- 14.Шаматов И. Я. и др. Комплексное лечение хронического риносинусита в стадии обострения //Re-health journal. – 2019. – №. 2. – С. 5-10.
- 15.Шаматов И. Я., Хушвакова Н. Ж., Бурханов У. М. Эндоскопическая ультразвуковая дезинтеграция при гипертрофическом рините с одновременной коррекции устья слуховых труб //БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ PROBLEMS OF BIOLOGY AND MEDICINE ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ. – 2019. – С. 144.
- 16.Шаматов И. и др. Современные подходы к хирургической коррекции патологии устья слуховых труб у детей //Stomatologiya. – 2015. – Т. 1. – №. 3 (61). – С. 91-93.

17.Tanzer, M. Усиление роста кости в пористых интрамедуллярных имплантатах с использованием неинвазивного ультразвука высокой интенсивности М. Tanzer, S. Kantor, JDBobyn J. Orthop, Res. 2007. Том. 19. №2. С.195-199.

